



انجمن علمی پرستاران ایران



فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی

ISSN : 2322-178X

دوره : ۴ شماره : ۱ بهار ۱۳۹۴

Medical Surgical Nursing Journal

مقالات پژوهشی

- تجربه زندگی بالوپوس اریتماتوز سیستمیک: یک مطالعه‌ی پدیدار شناسی ۱
فرشته مظهری آزاد، حیدر علی عابدی، سید علی ناجی
- تأثیر بکارگیری اسپری بی‌حسی تبخیری بر شدت درد ناشی از تزریق وریدی در کودکان بستری در بیمارستان امام رضا(ع) سیرجان ۱۰
منصور عرب، بتول تیرگری، فرخ اباذری، آسیه حدیدی
- ارتباط رضایت جنسی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری ۱۶
محسن تقدسی، لیلا قنبری افرا، حمیدرضا گیلانی، منیره قنبری افرا، زهرا طاهری خرامه
- تأثیر پروتکل آرام سازی بر سطح هوشیاری بیماران ترومایی وابسته به ونتیلاتور بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ۲۳
ابراهیم ابراهیمی طبس، علی اکبر کیخا، عباس عباس زاده، حسین رفیعی، حسن عنایتی، بی بی مهدیه خدادادی حسینی، فریبا برهانی
- تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت خواب و کفایت دیالیز بیماران همودیالیزی: یک کارآزمایی بالینی ۳۱
محسن حجت، مهدی کریم‌یار جهرمی، زهرا کریمی
- بررسی میزان رعایت مراقبت استاندارد از تراکتوستومی و برخی موانع موثر بر آن از دیدگاه پرستاران ۳۹
زهرا موسی زاده ساری، مرضیه مالکی، فروزان آتش زاده شوریده، یداله محرابی
- مقایسه تأثیر تغذیه لوله‌ای به دو روش بولوس و انفوزیون مداوم بر میزان حجم باقیمانده معده و بروز اسهال در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه ۴۷
محسن شهریاری، احسانه رضایی
- بررسی تأثیر آموزش گروهی به همسران بر فعالیت‌های روزانه و کیفیت زندگی بیماران مرد مبتلا به ضایعه نخاعی ۵۴
فرهاد کهرازئی، طاهره میرشکار

از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور
دارای رتبه علمی پژوهشی



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه پرستاری داخلی و جراحی



دوره ۴، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴

آدرس سایت مجله: <http://www.ijmsn.ir>

صاحب امتیاز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی

دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور به شماره ۵۰۷/۱۰۰ مورخ ۹۲/۳/۲۷

جانشین سردبیر: فرشته نجفی

شماره استاندارد بین المللی نشریه: ۲۳۲۲-۱۷۸۸

ویراستار علمی و ادبی: فرشته نجفی

شماره شاپا الکترونیکی: ۲۳۲۲-۴۱۶۹

ویراستار انگلیسی: دکتر فریبا یعقوبی نیا

شماره مجوز ارشاد اسلامی: ۹۰/۷/۲۴، ۱۹۱۹۱/۹۰

کارشناس مجله: تکتیم کیانیان

مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی نویدیان

کارشناس اجرایی و مدیر پایگاه: مهدیه رضایی

مدیر اجرایی: فتیحه کرمان ساروی

اسامی هیئت تحریریه

دکتر ملیحه متانت: دانشیار بیماری‌های عفونی و طب گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر عزیزالله اربابی سرچو: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
دکتر فاطمه الحانی: دانشیار پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر عیسی محمدی: استادیار پرستاری دانشگاه تربیت مدرس تهران

دکتر محمود ایمانی: دانشیار بیماری‌های کودکان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر زهرا مودی: استادیار مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر فاطمه رخشانی: استاد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر ندا مهرداد: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مسعود رودباری: دانشیار آمار دانشگاه علوم پزشکی تهران

فرشته نجفی: مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر هوشنگ سندگل: دانشیار بیماری‌های داخلی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر علی نویدیان: دانشیار مشاوره خانواده دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر محسن طاهری: دانشیار ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر عباس عبادی: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران

دکتر فریبا یعقوبی نیا: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

دکتر مسعود فلاحي خشکناپ: دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

دکتر فریده یغمایی: دانشیار پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

فتیحه کرمان ساروی: استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

اسامی داوران این شماره:

دکتر فروزان آتش زاده شوریده، دکتر حسین انصاری، دکتر ابوالفضل پاینده، زهرا پیشکار مفرد، مهلقا دهقان، دکتر مژگان رهنما، دکتر سکینه سبزواری، دکتر محسن شهریاری، دکتر رضا ضیغمی، دکتر مسعود فلاحي خشکناپ، دکتر محمد رضا فیروزکوهی، فرشته قلجایی، دکتر بهمن کرد تمینی، شهین دخت نوابی ریگی، دکتر عصمت نوحی، دکتر علی نویدیان، دکتر فریبا یعقوبی نیا

حیطه تخصصی: پرستاری

حمایت علمی و تامین اعتبارات مالی مجله: معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، با همکاری انجمن علمی پرستاری ایران

استفاده از مطالب نشریه با ذکر منابع بلامانع می‌باشد.

این مجله در پایگاه اینترنتی پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC)، Iran Medex و Magiran نمایه شده است.

آدرس: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، کدپستی: ۹۸۱۶۹۱۳۳۹۶

Email: ijmsn@zaums.ac.ir

نمبر: ۰۵۴-۳۳۴۴۲۴۸۱

تلفن: ۰۵۴-۳۳۴۳۸۴۷۳

تأثیر پروتکل آرام سازی بر سطح هوشیاری بیماران ترومایی وابسته به ونتیلاتور بستری در بخش مراقبت های ویژه

ابراهیم ابراهیمی طبس^۱، علی اکبر کیخا^۱، عباس عباس زاده^۲، حسین رفیعی^۳، حسن عنایتی^۴، بی بی مهدیه خدادادی حسینی^۵، فریبا برهانی^۶

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۴. دانشیار، گروه بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۵. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۶. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴، صفحات ۲۳-۳۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف نهایی درمان در بخش مراقبت های ویژه، افزایش سطح هوشیاری بیماران است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر پروتکل آرام سازی بر سطح هوشیاری بیماران ترومایی وابسته به ونتیلاتور بستری در بخش مراقبت های ویژه انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش نیمه تجربی حاضر بر روی ۸۰ بیمار تحت تهویه مکانیکی، بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های منتخب شهر زاهدان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. بیماران به روش مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله تحت پروتکل آرام سازی انجمن مراقبت ویژه پزشکی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از مقیاس های آرامش و بی قراری ریچموند، بررسی رفتاری درد و کمای گلاسکو جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل تحت نرم افزار SPSS ۱۸ انجام شد.

یافته ها: سطح آرامش بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل به نمره ایده آل معیار ریچموند (۱- تا ۱+) نزدیک تر بود. میزان آرام سازی بیماران بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی داری را نشان داد ($p < 0.001$)، همچنین سطح هوشیاری بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی داری داشت ($p = 0.02$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از پروتکل آرام سازی می تواند منجر به افزایش سطح هوشیاری در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه گردد. لذا پیشنهاد می شود این پروتکل توسط پرستاران بکار گرفته شود.

کلیدواژه ها: آرام سازی، سطح هوشیاری، تروما، مراقبت های ویژه

نویسنده مسؤول:

علی اکبر کیخا
دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

پست الکترونیک:
aliakbar.keykha@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۲/۲۵

مقدمه

معیارهای آرام سازی در راهنماهای کنترل درد و آرام سازی توصیه می شود ولی متأسفانه در بخش های مراقبت ویژه کمتر به کار می رود.^۳ نتایج مطالعه ای نشان داد که مدیریت درد بیماران توسط پرستاران با استفاده از پروتکل های مناسب به شکل مطلوبی صورت می پذیرد.^۴ کاهش سطح هوشیاری بیماران به علت آرام بخشی عمیق ممکن است خطرات زیادی برای بیماران ایجاد کند و باعث کاهش میزان فعالیت تنفسی، تأخیر در جداسازی از ونتیلاتور، افزایش طول مدت بستری در بخش مراقبت ویژه و افزایش احتمال خطر ایجاد زخم بستر و عفونت گردد.^۵ اسماعیلی آبدر و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که بکارگیری پروتکل آرام سازی باعث کنترل بهتر بی قراری بیماران شده و کاهش مصرف داروهای آرام بخش را بدنبال دارد. از طرفی کاهش مصرف دارو می تواند منجر به افزایش سطح هوشیاری بیماران و جداسازی زودتر آنان از ونتیلاتور و کاهش طول زمان بستری در بخش مراقبت های ویژه

مهیّا کردن آرام بخشی مناسب یکی از مهم ترین وظایف پرستاران برای بیماران تحت تهویه مکانیکی در بخش مراقبت های ویژه است. گرچه آرام سازی مناسب تجربیات دردناک بیماران را کاهش می دهد، ولی از آرام سازی بیش از حد و عوارض آن باید پیشگیری کرد.^۱ علاوه بر این دریافت ناکافی داروهای آرام بخش در پاره ای از موارد منجر به کشیدن و خروج لوله تراشه، کاتترهای وریدی و بروز رفتار پرخاشگرانه در مقابل کارکنان تیم بهداشتی و درگیری با دستگاه ونتیلاتور می شود.^۲ ابزار اندازه گیری آرام بخشی قابل اطمینان باعث افزایش ارتباط بین درمانگران، افزایش هماهنگی در مدیریت و بکارگیری دارویی، افزایش بکارگیری دستورالعمل های آرام سازی و بهبود دقت در تعیین میزان دریافت دارو در هنگام تغییر نیاز بیمار به داروی آرام بخش می شود. بکارگیری پروتکل ها و

Glasgow Coma) و مقیاس کمای گلاسکو (Behavioral Pain Scale) بود.

مقیاس آرامش و بی‌قراری ریچموند از مقیاس‌های توصیه شده برای اندازه‌گیری سطح آرامش در بخش مراقبت ویژه است.^{۸، ۹} این مقیاس یک پیوستار ۱۰ نمره‌ای از ۵- تا ۴+ با سه سطح می‌باشد. در این ابزار ۵ نمره منفی به سطح آرامش (۱-) = خواب آلود، ۲- = تسکین یافته خفیف، ۳- = تسکین یافته متوسط، ۴- = تسکین یافته عمیق و ۵- = بیدار نشدنی، نمره صفر به رفتار عادی و آرام و ۴ نمره مثبت به سطح آشفته‌گی (۱+ = ناآرام، ۲+ = آشفته، ۳+ = بسیار آشفته، ۴+ = مجادله‌گر) اختصاص یافته است. روایی این ابزار قبلاً توسط Ely^{۱۰} و Sesler^{۱۱} مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه Ely پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۷۹ تا ۹۱ درصد گزارش شد. تدریسی و همکاران (۲۰۰۹) روایی و پایایی این ابزار را با مطالعه بر روی ۱۲۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه با همکاری یک پزشک بیهوشی و ۷ پرستار، مورد بررسی قرار دادند و نتیجه گرفتند که این ابزار با آنالوگ بصری (۲) ۰/۷۶ و ضریب توافق بین گروهی ۰/۹۵ روایی و پایایی مناسبی برای اندازه‌گیری آرام‌سازی بیماران بخش مراقبت ویژه دارد.^{۱۲} در مطالعه حاضر نیز ضریب توافق بین گروهی ۰/۹۵ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

مقیاس رفتاری درد (Behavioral Pain Scale) یکی از مقیاس‌های مورد اطمینان برای اندازه‌گیری درد در بیماران بخش مراقبت ویژه است که توانایی ارتباط کلامی را ندارند. این مقیاس توسط Payen و همکاران (۲۰۰۱) طراحی شده است و شامل ۳ قسمت اصلی می‌باشد که هر قسمت نیز از ۱ تا ۴ امتیازدهی می‌شود. مجموع حداقل امتیاز کسب شده از سه قسمت ۳ و حداکثر ۱۲ می‌باشد.^{۱۳} روایی و پایایی این ابزار قبلاً در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است.^{۱۴، ۱۵} ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای اقدام‌های دردناک ۰/۸۴ و اقدام‌های غیردردناک ۰/۸۶ بدست آمد.

ابزار دیگر مورد استفاده در این پژوهش معیار کمای گلاسکو (Glasgow Coma Scale) بود. این ابزار برای بررسی سطح هوشیاری و پاسخ‌های بیمار نسبت به محرک‌ها طراحی شده است و نمرات بدست آمده توسط آن در دامنه‌ی ۳ (کمای عمیق) تا ۱۵ (هوشیاری کامل) قرار می‌گیرند. اگر مجموع نمرات، زیر ۷ باشد فرد به کما رفته است و هر چقدر نمره کمتر باشد، کما عمیق‌تر است. در این مقیاس سه معیار اصلی وجود دارد که عبارتند از: وضعیت باز کردن چشم‌ها با حداکثر نمره ۴، پاسخ کلامی با حداکثر نمره ۵ و پاسخ حرکتی با حداکثر نمره ۶. ابزار فوق در سال ۲۰۰۵ توسط Jennett ویرایش شد و یکی از ابزارهای استاندارد و مورد قبول همگان می‌باشد.^{۱۵، ۱۶}

در زمان ورود به مطالعه سطح هوشیاری، درد و آرامش تمام بیماران با استفاده از مقیاس سنجش کمای گلاسکو و مقیاس سنجش رفتاری درد و معیار ریچموند اندازه‌گیری و در فرم‌های مخصوص ثبت گردید. سپس در گروه کنترل، کنترل درد و آرام‌سازی طبق روال بخش (انفوزیون مداوم فنتانیل ۲۵ تا ۵۰ میکروگرم بر حسب وزن بدن در ساعت نسبت به شرایط بیماران و انفوزیون

گرد. Robinson^۶ و همکاران (۲۰۰۸) بیان کردند که استفاده از پروتکل آرام‌سازی می‌تواند باعث کاهش نیاز بیمار به تهویه مکانیکی شود.^۷ در ایران جهت کنترل بی‌قراری در بخش‌های مراقبت ویژه، معمولاً داروهای آرام‌بخش و ضد درد به شکل انفوزیون مداوم و یا در صورت نیاز، توسط پزشکان تجویز می‌شود و پرستاران غالباً بدون استفاده از پروتکل یا ابزار برای سنجش آرامش و بی‌قراری بیمار، تزریق آرام‌بخش و مسکن‌ها را انجام می‌دهند. این موضوع می‌تواند سبب شود تا بی‌قراری و درد بیماران به خوبی مدیریت و کنترل نگردد و یا در صورت عدم نیاز و یا تغییر میزان نیاز بیمار به آرام بخش و مسکن، همچنان انفوزیون دارو ادامه یابد و با عوارض ناشی از آرام‌سازی بیش از حد مواجه شوند.^{۴، ۵} در مطالعات گذشته نیز تأثیر پروتکل‌های آرام‌سازی بر سطح درد، آرامش، طول مدت بستری و میزان مصرف داروهای آرام بخش مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های این مطالعات نشان می‌دهند که با توجه به کاهش مصرف داروهای آرام‌بخش، امکان افزایش سطح هوشیاری وجود دارد.^{۱، ۶، ۷} پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بکارگیری پروتکل آرام‌سازی بر سطح هوشیاری بیماران ترومایی وابسته به ونتیلاتور بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی بیمارانی که از خرداد تا پایان بهمن ماه ۱۳۹۱ در بخش مراقبت‌های ویژه دو بیمارستان شهر زاهدان بستری شده بودند، انجام شد. با توجه به نتایج یک مطالعه و با استفاده از نمودار گرام آلمن، قدرت ۹۵٪ و خطای ۵٪/۱۰ احتمال خروج، حجم نمونه مورد نیاز ۸۰ نفر تعیین گردید.^۴ بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش مبتنی بر هدف انتخاب و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۴۰ نفره (مداخله و کنترل) قرار گرفتند. با توجه به اینکه پزشکان درمان‌گر در جریان نحوه انجام مطالعه نبودند، بیمارانی که پزشکان جهت کنترل درد آن‌ها فنتانیل و میدازولام تجویز می‌کردند، در گروه کنترل و بیمارانی که جهت کنترل درد برای آن‌ها مورفین و میدازولام تجویز می‌شد در گروه مداخله قرار گرفتند.

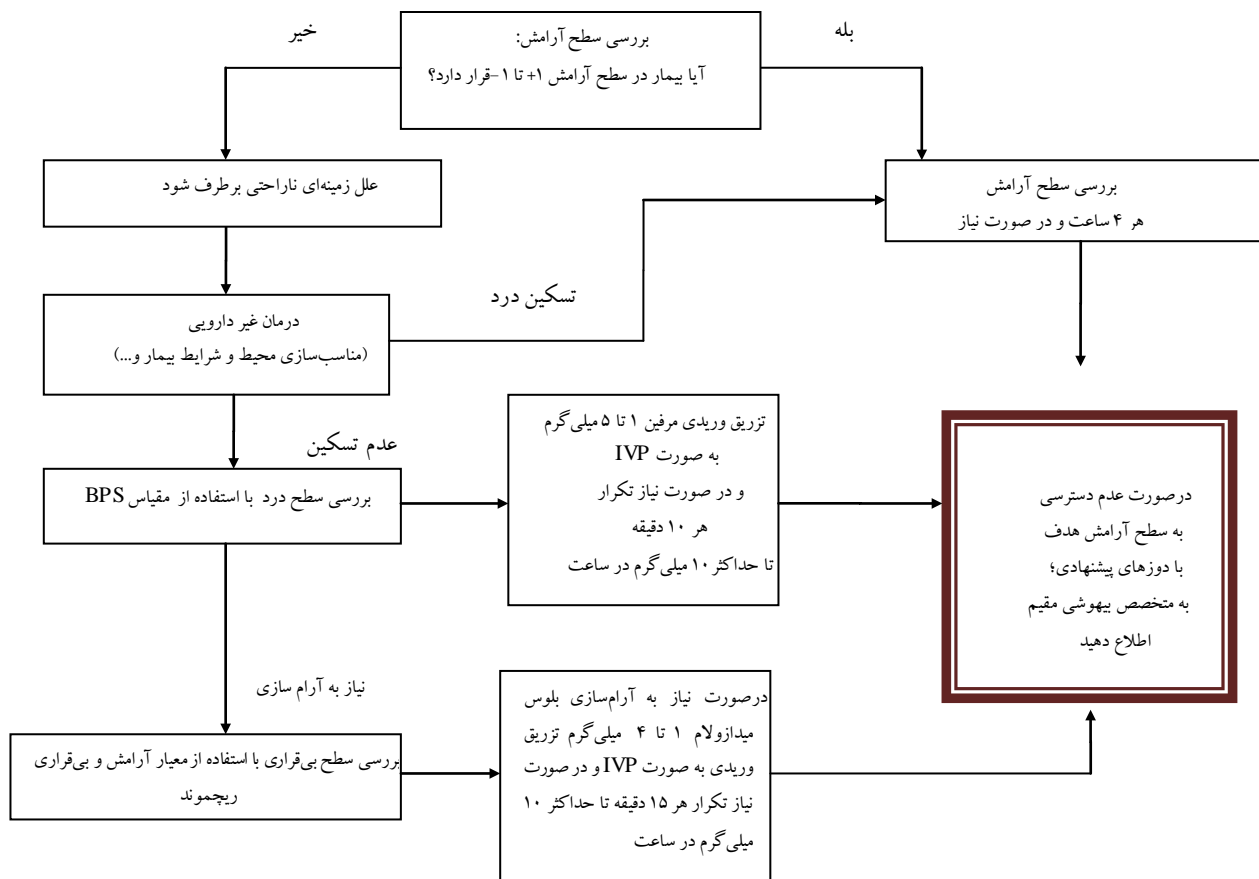
معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن لوله تراشه و یا تراکتوستومی، نیاز به دستگاه تهویه مکانیکی، عدم توانایی در برقراری ارتباط کلامی، عدم اعتیاد، سن بین ۱۶-۵۰ سال، عدم حساسیت به داروی مورفین و فنتانیل، داشتن فشار خون سیستولیک بالاتر از ۱۰۰ میلی‌متر جیوه، کسب نمره بالاتر از منفی سه از مقیاس آرامش و بی‌قراری ریچموند و داشتن سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو بین ۱۳-۵ معیارهای خروج از مطالعه نیز هوشیار شدن و خروج لوله تراشه در طول مطالعه، تغییر داروی مسکن تجویزی توسط پزشکان درمانگر، قطع مسکن تجویز شده، انتقال به اتاق عمل جهت انجام عمل جراحی و افت قابل توجه سطح هوشیاری بیمار در نظر گرفته شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس آرامش و بی‌قراری ریچموند (Agitation-Sedation Scale Richmond)، مقیاس بررسی رفتاری درد

و پزشکان بیهوشی بخش مراقبت‌های ویژه برگزار شد. در تمام مراحل پژوهش پزشک متخصص بیهوشی بر روند اجرای مطالعه و وضعیت بالینی بیماران نظارت داشت.

محقق به منظور کسب رضایت نامه، پس از ارائه توضیحات لازم و ذکر محرمانه بودن اطلاعات بیمار و نحوه انجام مطالعه، به دلیل عدم هوشیاری کامل بیماران، رضایت کتبی و آگاهانه را از همراهان درجه اول آنها اخذ نمود. همچنین تأکید شد که در صورت عدم رضایت به ادامه پژوهش، می‌توانند از مطالعه خارج شوند و این مسئله هیچ تأثیر منفی بر روند درمان بیمار ندارد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل (جهت مقایسه نمره سطح آرامش و بی‌قراری، هوشیاری و درد در دو زمان مختلف) تحت نرم‌افزار آماری SPSS. ۱۸ صورت گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نیم تا یک میلی‌گرم میدازولام در ساعت) انجام پذیرفت. کنترل درد و آرام‌سازی در بیماران گروه مداخله با استفاده از پروتکل استاندارد انجام شد. این پروتکل توسط Jacobی و همکاران (۲۰۰۲) برای آرام‌سازی بیماران اینتوبه طراحی شده است.^{۱۷} مراحل ارزیابی سطح آرامش و درد بیماران طبق پروتکل آرام‌سازی، در نمودار ۱ ارایه شده است. در مطالعه حاضر سطح هوشیاری و آرامش بیماران هر یک ساعت یک بار تا ۲۴ ساعت (مجموعاً ۲۴ نوبت در هر گروه) کنترل گردید. همچنین پس از انجام یک اقدام دردناک (ساکشن کردن لوله تراشه) و نیم ساعت پس از تزریق دوز داروها اندازه‌گیری و ثبت شد. کلیه موارد توسط پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه که مسئول مراقبت از بیماران بودند، طی ۲۴ ساعت اجرا و ثبت گردید. لازم به ذکر است که قبل از آغاز مطالعه یک کارگاه یک روزه جهت آشنایی پرستاران با حضور پژوهشگر



نمودار ۱: مراحل ارزیابی سطح آرامش و درد بیماران طبق پروتکل آرام‌سازی (SCCM Analgesia/Sedation Algorithm)

یافته‌ها

بین بیماران دو گروه از نظر مشخصات فردی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱). نتایج نشان داد سطح آرامش و بی‌قراری بیماران نیم ساعت پس از انجام اقدام دردناک نسبت به قبل از آن در گروه مداخله و کنترل به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرد. همچنین تغییرات میانگین نمره سطح آرامش و بی‌قراری قبل و بعد از اجرای اقدام دردناک در گروه مداخله 0.7 ± 0.7 - و در گروه کنترل 1.3 ± 2.2 - بود ($p < 0.001$). نمره کسب شده از معیار ریچموند تا پایان مطالعه در بیماران هر دو گروه در مقایسه با بعد از اقدام دردناک به گونه‌ای بود که نمره بیماران در گروه مداخله به نمره استاندارد نزدیک‌تر بود (در گروه مداخله 0.65 - و در گروه کنترل 1.1 -). در پایان تغییرات میانگین نمرات این معیار توسط آزمون تی مستقل، بین دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. نتایج نشان داد که آرام‌سازی بیماران در گروه مداخله به شکل معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل در سطح مطلوب‌تری قرار دارد ($p < 0.001$).

نمره حاصل از مقیاس کمای گلاسکو در گروه کنترل و مداخله قبل از انجام اقدام دردناک بسیار نزدیک به هم بود. در بررسی سطح هوشیاری بیماران نیم ساعت پس از اقدام دردناک پرستاری تغییر محسوسی رخ نداد، لذا میانگین نمرات تغییر قابل توجهی نداشت. در بررسی نهایی سطح

هوشیاری، گروه مداخله میانگین نمره 9.02 را کسب کردند که در مقابل نمره کسب شده در گروه کنترل (8.57) نمره بالاتری بود. این در حالی بود که در گروه کنترل کاهش اندکی در سطح هوشیاری مشاهده شد. تغییرات میانگین نمرات سطح هوشیاری در گروه مداخله 0.36 ± 0.15 - و در گروه کنترل 0.22 ± 0.05 - بود. آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین میانگین نمرات کسب شده در مرحله اول و آخر در دو گروه نشان داد ($p = 0.02$).

نمره درد بیماران قبل از انجام اقدام دردناک و نیم ساعت بعد از انجام اقدام دردناک (ساکشن لوله تراشه) با یکدیگر مقایسه و در هر دو گروه بعد از انجام اقدام دردناک افزایش یافته بود. تغییرات میانگین نمرات در گروه مداخله 0.72 ± 2.3 - و در گروه کنترل 0.87 ± 1.8 - بود. آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. مقایسه تغییرات میانگین نمره درد گزارش شده بعد از اقدام دردناک در دو گروه مداخله (3.57 ± 0.74) و کنترل (0.93 ± 1.72)، نشان داد که درد بیماران گروه مداخله به شکل معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0.001$) همچنین نمره اخذ شده توسط گروه مداخله به نمره استاندارد مقیاس درد نزدیک‌تر بود (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه برخی مشخصات فردی شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	کنترل	مداخله	P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	مرد	۳۰ (۷۵)	*۰/۲۶۴
	زن	۱۰ (۲۵)	
(سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	30.25 ± 7.57	34.9 ± 13.76	**۰/۲۲۰
وزن (کیلوگرم) (میانگین \pm انحراف معیار)	71.65 ± 9.74	70.30 ± 10.24	**۰/۰۶۸

*آزمون تی مستقل؛ **آزمون همبستگی پیرسون

جدول ۲: مقایسه میانگین سطح آرامش، هوشیاری و درد قبل از اقدامات دردناک پرستاری، نیم ساعت پس از اقدام دردناک و پایان مطالعه در گروه مداخله و

متغیر	کنترل				پایان مطالعه			
	قبل از اقدامات دردناک		نیم ساعت بعد از اقدامات دردناک		کنترل		مداخله	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	*P
آرامش	-1.41 ± 1.41	0.42 ± 0.71	0.77 ± 0.73	1.15 ± 0.36	-1.1 ± 1.15	-0.65 ± 0.48	< 0.001	
هوشیاری	8.62 ± 1.03	8.87 ± 1.04	8.62 ± 1.03	8.87 ± 1.04	8.57 ± 1.03	9.02 ± 1.09	< 0.02	
درد	3.72 ± 0.87	4.30 ± 0.82	5.55 ± 1.28	6.60 ± 0.74	3.82 ± 0.9	3.02 ± 0.15	< 0.001	

*آزمون تی مستقل

بحث

نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از پروتکل آرام سازی، می تواند آرامش و بی دردی بهتری را برای بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه به همراه داشته باشد و باعث افزایش سطح هوشیاری آنان گردد. با توجه به افت هوشیاری در بیماران گروه کنترل، نتایج نشان داد که در صورت عدم استفاده از معیاری برای سنجش سطح آرام سازی بیماران، با کاهش سطح هوشیاری ناشی از آرام سازی بیش از حد روبه رو هستیم.

نتایج مطالعه رفیعی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که استفاده از پروتکل های آرام سازی و کنترل درد نه تنها آرام سازی و بی دردی بهتری را برای بیماران به همراه دارد، بلکه به میزان قابل توجهی میزان مصرف داروهای آرام بخش (میدازولام) و مسکن های مخدر (مورفین) را در این بیماران کاهش می دهد^۴ که با یافته های مطالعه حاضر همسو می باشد؛ با این تفاوت که در مطالعه آن ها به بررسی تأثیر به کارگیری پروتکل بر سطح هوشیاری بیماران پرداخته نشده بود، اما در مطالعه حاضر این موضوع مورد بررسی قرار گرفت و در گروه مداخله سطح هوشیاری بیماران افزایش یافت. Tobar و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی ۴۰ بیمار تحت تهویه مکانیکی نشان دادند که استفاده از پروتکل آرام سازی و کنترل درد نسبت به روش معمول باعث بهبود کیفیت آرام سازی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه می گردد، اما به بررسی و مقایسه سطح درد بیماران پرداخته نشده بود؛^{۱۸} در حالی که در مطالعه حاضر علاوه بر مقایسه سطح درد، به بررسی کیفیت درد و یا هوشیاری بیماران نیز پرداخته شد.

Payen و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی بیماران دریافت کننده آرام سازی تحت تهویه مکانیکی پرداختند و گزارش کردند که بین ۵۰-۴۰ درصد بیماران دچار آرام بخشی بیش از حد بودند و استفاده از پروتکل آرام سازی و کنترل درد باعث کاهش اندکی در میزان مصرف داروهای آرام بخش (میدازولام، پروپوفول) و داروهای مسکن (فنتانیل، سوفنتانیل، مورفین) در طول مدت بررسی گردید. اگر چه آنان میزان مصرف داروهای آرام بخش را مورد بررسی قرار دادند، ولی تأثیر پروتکل آرام سازی را بر سطح هوشیاری، درد و یا آرامش مورد بررسی قرار ندادند.^{۱۹} اسماعیلی آبدر و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی تأثیر استفاده از پروتکل (نمودار ۱) بر روی ۱۳۲ بیمار تحت تهویه مکانیکی بستری در بخش مراقبت های ویژه در دو گروه کنترل و مداخله پرداختند. آن ها گزارش کردند که استفاده از پروتکل آرام سازی در گروه مداخله باعث کاهش مصرف داروهای آرام بخش (مورفین و میدازولام) شده است. همچنین مطرح کردند که کاهش مصرف دارو باعث افزایش سطح هوشیاری بیماران می شود و این موضوع می تواند باعث جداسازی زودرس بیماران از ونتیلاتور و کاهش مدت زمان بستری در بخش مراقبت های ویژه شود^۵ که با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد. در مطالعه حاضر نیز سطح هوشیاری بیماران افزایش یافته بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود، ولی در مطالعه فوق تنها با توجه به کاهش مصرف

دارو نتیجه گیری شده بود که امکان افزایش سطح هوشیاری وجود دارد و از نظر آماری اختلافی بین دو گروه وجود نداشت.

Weinert و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی معیارهایی که بر اساس آن پرستاران به بیماران تحت تهویه مکانیکی آرام بخش تزریق می کنند پرداختند و گزارش کردند که عوامل مختلفی مثل شخصیت اجتماعی و حرفه ای در تزریق مسکن به بیماران مؤثر است و استفاده از پروتکل آرام سازی ارتباط بین گروه های درمانی و همچنین پیش برد یکسان آرام بخشی را بهبود می بخشد. اگر چه در مطالعه حاضر به بررسی عوامل مرتبط با تزریق مسکن پرداخته نشد، ولی ذکر این مورد در این مطالعه قابل تأمل است به عبارتی در صورتی که یک معیار مشترک برای سنجش سطح آرامش و بی قراری و درد به کار نرود و یک پروتکل یکسان برای تزریق آرام بخش وجود نداشته باشد، مراقبت دهندگان بر اساس عوامل مختلفی اقدام به تزریق مسکن می کنند که این مسئله می تواند منجر به عدم تسکین کافی، بی قراری بیمار یا آرام سازی بیش از حد آنان گردد.^{۲۰}

استفاده از پروتکل های آرام سازی و کنترل درد سبب می شود تا قبل از اینکه پرستاران داروهای ضد درد و آرام بخش را به بیماران تزریق کنند، دلایل ایجاد بی قراری بیماران را مورد ارزیابی قرار دهند. این موضوع سبب می شود تا بسیاری از موارد بی قراری در بیماران مثل سر و صدای زیاد در بخش و پوزیشن نامناسب بدن بیمار که نیاز به دارو درمانی ندارند، شناسایی گردد و از تجویز غیر ضروری دارو به بیماران و ایجاد آرام سازی عمیق، تزریق نامناسب داروهای مسکن و آرام بخش و ایجاد بی قراری و درد جلوگیری گردد و بیمار به اندازه ای مناسب دارو دریافت نماید همچنین بسیاری از دلایل شایع درد در بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه مانند استفاده از تراکشن استخوانی به صورت نامناسب، بانداژهای فشاری غیر صحیح و فشار لوله تراشه و لوله های بینی معدی به لب و بینی بیماران حتی با دوزهای بالای داروهای مسکن نیز تسکین نمی یابند و تنها، رفع علل این مشکلات است که سبب برطرف شدن درد و آرامش بیماران می گردد. بررسی سطح بی قراری بیماران بر اساس پروتکل های از پیش تنظیم شده سبب می گردد تا پرستاران مشکلاتی را که سبب بی قراری در بیماران گشته و با دارو درمانی رفع نمی گردند، شناسایی کرده و امکان بی دردی و آرامش بیمار را فراهم سازند.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به تجویز مسکن هایی که در پروتکل استاندارد کنترل درد توصیه نشده بود و امکان انجام مطالعه را محدود می کرد، اشاره نمود. جهت رفع این مشکل زمان مطالعه تا حد امکان طولانی شد تا نمونه کافی در دسترس قرار گیرد. همچنین با توجه به مدت زمان اجرای مطالعه، امکان بررسی متغیرهایی از قبیل تأثیر پروتکل بر طول مدت تهویه مکانیکی بیماران، طول مدت بستری بیماران در بخش، خارج

سهم نویسندگان

ابراهیم ابراهیمی طبس: ویراستاری و تأیید نهایی مقاله
 علی اکبر کیخا: جمع‌آوری داده‌ها و تدوین مقاله
 عباس عباس زاده: نظارت بر طرح و تأیید نهایی مقاله
 حسین رفیعی: مشارکت در تدوین مقاله
 حسن عنایتی: مشارکت در اجرای پژوهش و تدوین پیش‌نویس مقاله
 بی‌بی مهدیه خدادادی حسینی: همکاری در اجرای پژوهش
 فریبا برهانی: مشارکت در تدوین و تأیید نهایی مقاله.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه می‌باشد که با شماره طرح K91138 و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به ثبت رسیده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، زاهدان و همچنین مدیریت محترم بیمارستان‌های منتخب، مشارکت‌کنندگان در پژوهش و خانواده‌های عزیز آنان که صادقانه و بدون هیچ چشم داشتی ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند اعلام نمایند.

کردن لوله تراشه توسط بیماران بی‌قرار، دلیریوم و پنومونی ناشی از ونتیلاتور وجود نداشت.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر استفاده از پروتکل آرام‌سازی می‌تواند سبب کنترل مناسب بی‌قراری، تسکین درد و افزایش سطح هوشیاری بیماران شود. علاوه بر این کنترل بیمار توسط پرستار و کشف عوامل ایجاد کننده بی‌قراری قبل از تزریق دارو تسهیل می‌گردد. بنابراین با برطرف شدن این عوامل می‌توان از آرام‌سازی بیش از حد جلوگیری کرد. پیشنهاد می‌شود این پروتکل در بخش‌های مراقبت ویژه توسط پرستاران و در بازه زمانی طولانی‌تری بکار گرفته شود. علاوه بر این با توجه به محدودیت زمانی مطالعه حاضر، متغیرهایی که امکان اندازه‌گیری آن‌ها در این مطالعه وجود نداشت، در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Brush DR, Kress JP. Sedation and analgesia for the mechanically ventilated patient. Clinics Chest Medicine 2009; 30(1): 131-41.
- Haenggi M, Ypparila-Wolters H, Hauser K, Caviezel C, Takala J, Korhonen I, et al. Intra- and inter-individual variation of BIS-index and entropy during controlled sedation with midazolam/remifentanyl and dexmedetomidine/remifentanyl in healthy volunteers: an interventional study. Critical Care 2009; 13(1): 1-10.
- Sessler CN, Wilhelm W. Analgesia and sedation in the intensive care unit: an overview of the issues. Critical Care 2008; 12(Suppl 3): 1-10.
- Rafiei H, Ahmadinejad M, Amiri M, Esmaeli Abdar M. Effect of nursing implemented sedation and pain protocol on the level of sedation, pain and amount of sedative and analgesic drugs use among opium addicted critically ill patients. Asian Journal of Nursing Education and Research 2013; 3(1): 37-41.
- Arabi Y, Haddad S, Hawes R, Moore T, Pillay M, Naidu B, et al. Changing sedation practices in the intensive care unit-protocol implementation, multifaceted multidisciplinary approach and teamwork. Middle East Journal Anesthesiol 2007; 19: 429-47.
- Esmaeli Abdar M, Rafiei H, Abbaszade A, Hosseinirozai H, Ahmadinejad M, Effects of nurses' practice of a sedation protocol on sedation and consciousness levels of patients on mechanical ventilation. Iranain Journal of Nursing and Midwifery Research 2013; 18(5): 391-5.
- Robinson BR, Mueller EW, Henson K, Branson RD, Barsoum S, Tsuei BJ. An analgesia-delirium-sedation protocol for critically ill trauma patients reduces ventilator days and hospital length of stay. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care 2008; 65(3): 517-26.
- Marino L. The ICU book. 4th ed, USA: wolters Kluwer; 2014: 903-11.
- Carlson K. Advanced critical care nursing. 1th ed, USA: Elsevier; 2009: 74-9.
- Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JW, Wheeler AP, Gordon S, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). The Journal of the American Medical Association (JAMA) 2003; 289(22): 2983-91.
- Sessler CN, Gosnell MS, Jo Grap M, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The richmond agitation sedation scale validity and reliability in adult intensive care unit patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2002; 166(10): 1338-45.
- Tadrisi SD, Madani SJ, Farmand F, Ebadi A, Karimi Zarchi AA, Saghafeina M, et al. Richmond agitation-sedation scale validity and reliability in intensive care unit adult patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2009; 2(1): 15-21. [Persian]
- Payen J, Bru O, Bosson J, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Critical Care Medicine 2001; 29(12): 2258-63.

14. Dehghani H, Tavangar H, Ghandehari A. Validity and reliability of behavioral pain scale in patients with low level of consciousness due to head trauma hospitalized in intensive care unit. *Archives of Trauma Research* 2014; 3(1): e18608.
15. Urden L, Stacy K, Lough M. *Critical Care Nursing: diagnosis and management*, 6th ed, St Louis: Mosby; 2010.
16. Jennett B. Development of Glasgow coma and outcome scales. *Nepal Journal of Neuroscience* 2005; 2(1): 24-8.
17. Jacobi J, Fraser L, Coursin B, Riker R, Fontaine D, Wittbrodt T, et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care Medicine* 2002; 30(1): 119-41.
18. Tobar AE, Lanas MA, Pino PS, Aspée LP, Rivas VS, Prat RD, et al. Protocol based sedation versus conventional treatment in critically ill patients on mechanical ventilation. *Revista médica de Chile* 2008; 136(6): 711-8.
19. Payen JF, Chanques G, Mantz J, Hercule Ch, Auriant I, Leguillou JL, et al. Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. *Anesthesiology* 2007; 106(4): 687-95.
20. Weinert CR, Chlan L, Gross C. Sedating critically ill patients: factors affecting nurses' delivery of sedative therapy. *American Journal of Critical Care* 2001; 10(3): 156-65.

The effect of the sedation protocol on the level of consciousness in ventilator-dependent trauma patients hospitalized in Intensive Care Unit(ICU)

Ebrahim Ebrahimi Tabas¹, Aliakbar Keykha¹, Abbas Abbaszadeh², Hosein Rafiei³, Hasan

Enayati⁴, Bibi Mahdie Khodadadi Hoseini⁵, Fariba Borhani⁶

1. Instructor , Department of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan ,Iran.
2. Professor, Department of Nursing, Shahid beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Instructor, Department of Medical-Surgical Nursing, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin , Iran.
4. Associate professor, Department of Anesthesiology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
5. BSc in Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
6. Assistant Professor, Department of Nursing, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(1): 23-30.

ABSTRACT

Background and Objective: The ultimate goal of treatment of patients in intensive care unit is increasing their level of consciousness. The present study was conducted aimed to determine the effect of sedation protocol on level of consciousness in ventilator-dependent trauma patients who hospitalized in intensive care unit.

Materials and Method: This quasi-experimental study was conducted on 80 patients undergoing mechanical ventilation in intensive care units of selected hospitals in Zahedan in 2013. At first, patients were selected through purposive sampling and then randomly allocated into intervention and control groups. Patients in intervention group received the sedation protocol proposed by Society of Critical Care Medicine. Data were gathered through Richmond-Agitation Sedation Scale, behavioral pain scale and Glasgow Coma Scale. Data were analyzed in SPSS 18 through using the independent t-tests.

Results: Level of patient's sedation was near to ideal score for Richmond in intervention group in compare with the patients in control group (-1 to +1). There was significant difference between two groups regarding the relaxation of patients ($p < 0.001$). Also, the level of consciousness in patients has significant increase in intervention group in compare with control group ($p = 0.02$)

Conclusion: The results showed that the use of sedation protocol can increase the level of consciousness in the hospitalized patients in intensive care unit. Thus, it is recommended that this protocol was used by nurses.

Keywords: Sedation protocol, glasgow coma scale, trauma, intensive care unit

Correspondence:

Aliakbar Keykha
Zahedan University of
Medical Sciences

Email: aliakbar.keykha@gmail.com

Received: 11/01/2015
Accepted: 16/03/2015

Please cite this article as: Ebrahimi Tabas E, Keykha A, Abbaszadeh A, Rafiei H, Enayati H, Khodadadi Hoseini BM, Borhani F. The effect of the sedation protocol on the level of consciousness in ventilator-dependent trauma patients hospitalized in Intensive Care Unit(ICU). Medical - Surgical Nursing Journal 2015; 4(1): 23-30.



Medical & Surgical Nursing Journal

Vol. 4, No. 1, 2015



Iranian Nursing Association

Owned and Published by: Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Nursing and Midwifery school

ISSN: 2322-178X

Online ISSN: 2322-4169

Islamic Guidance License No: 19191/90, 90.7.24

Director in Charge: Ali Navidian

Editor-in-Chief : Ali Navidian

Executive Manager: Fatiheh Kermansaravi

Deputy Editor: Fereshteh Najafi

Scientific & Literature Editor: Fereshteh Najafi

English Editor: Fariba Yaghoubinia

Jornal Expert: Toktam kianian

Executive Expert & Site Manager: Mahdiye Rezaei

Editorial Board

Alhani F. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Arbabi-Sarjoo AA. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Ebadi A. (PhD), Associate Professor of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences.

Fallahi Khoshknab M. (PhD), Associate Professor of Nursing, University of Social welfare and Rehabilitation.

Imani M. (MD), Associate Professor of Pediatrics Diseases, Zahedan University of Medical Sciences

Kermansaravi F. (MSc), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Metanat M. (MD), Associate Professor of Infectious Diseases, Zahedan University of Medical Sciences.

Mehrdad N. (PhD), Associate Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Mohammadi I. (PhD), Professor of Nursing, Tarbiat Modares Tehran.

Moodi Z. (PhD), Assistant Professor of Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences.

Najafi F. (MSc), Instructor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

Navidian A. (PhD), Associate Professor of Councilor Family, Zahedan University of Medical Sciences.

Nikbakht Nasrabadi AR. (PhD), Professor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences.

Rakhshani F. (PhD), Professor of Health Education, Zahedan University of Medical Sciences.

Roodbari M. (PhD), Associate Professor of Statistic, Tehran University of Medical Sciences

Sanadgol H. (MD), Associate Professor of Internal Medicine, Zahedan University of Medical Sciences.

Taheri M. (PhD), Associate Professor of Medical Genetic, Zahedan University of Medical Sciences.

Yaghmaei F. (PhD), Associate professor of nursing, Islamic Azad university Zanjan branch.

Yaghoubinia F. (PhD), Assistant Professor of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences.

The referee of this issue

Ansari H. (PhD), Atashzade Shourideh F. (PhD), Dehghan M. Fallahi Khoshknab M. (PhD), Firouzkouhi MR. (PhD), Ghaljaei F. Kord Tamini B. (PhD), Navvabi-Rigi SH. Navidian A. (PhD), Noohi E. (PhD), Payandeh A. (PhD), Pishkar Mofrad Z. Rahnama M. (PhD), Sabzevari S. (PhD), Shahriari M. (PhD), Yaghoubinia F. (PhD), Zeighami R. (PhD)

Journal Scope: Nursing

Funded By: Zahedan University of Medical Sciences, Deputy Minister for Research and Technology with cooperation by Iranian Nursing Scientific Association

Reprinting of this publication is subject to citing the references, and all rights reserved.

Address: Medical & Surgical Nursing Journal, Mashahir Square, Zahedan Nursing and Midwifery School. P.O. Box: 98169-13396.

Tel: +98 54 33438473 fax: +98 54 33442481, email: ijmsn@zaums.ac.ir

Medical— Surgical Nursing Journal

No 1 , Volume 4 , 2015 , ISSN : 2322-178X

Medical Surgical Nursing Journal



ORIG

- Experience of living with Systemic Lupus Erythematosus: A phenomenological study 10
Fereshteh Mazhariadzad, Heidar Ali Abedi, Seyed Ali Naji
- The effect of using anesthesia evaporative spray on pain intensity associated with intravenous injection in hospitalized children in Imam Reza Hospital in Sirjan 16
Mansoor Arab, Batool Tirgari, Farrukh Abazari, Asiye Hadid
- The relationship between sexual satisfaction and quality of life in patients with acute coronary syndrome 23
Mohsen Taghadosi, Leila Ghanbari Afra, Hamid Reza Gilasi, Monireh Ghanbari Afra, Zahra Taheri Kharamé
- The effect of the sedation protocol on the level of consciousness in ventilator-dependent trauma patients hospitalized in Intensive Care Unit(ICU) 31
Ebrahim Ebrahimi Tabas, Aliakbar Keykha, Abbas Abbaszadeh, Hosein Rafiei, Hasan Enayati, Bibi Mahdie Khodadadi Hoseini, Fariba Borhani
- Effect of continuous care model on sleep quality and dialysis adequacy of hemodialysis Patients: a clinical trial study 39
Mohsen Hojat, Mahdi Karimyar Jahromi, Zahra Karami
- The level of observing standard tracheostomy care and some barriers from perspective of nurses 46
Zahra Mosazade Sari, Marzie Maleki, Foroozan Atashzadeh Shoorideh, Yadolah Mehrabi
- Comparison the effect of two ways of tube feeding including bolus and continuous infusion on gastric residual volume and diarrhea in patients hospitalized in Intensive Care Unit 53
Mohsen Shahriari, Ehsaneh Rezaei
- Effect of wives group training on activities of daily living and quality of life in male patients with spinal cord injury 59
Kahrazei Farhad, Mirshekar Tahereh